

# بررسی شیوع بیماری های مزمن در جانبازان اعصاب و روان کشور

وحید نجاتی\*<sup>۱</sup>، خدابخش احمدی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>استادیار دانشگاه شهید بهشتی، <sup>۲</sup>دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

\*نویسنده پاسخگو: Email: vnpt@yahoo.com

## چکیده

مقدمه: بررسی شیوع بیماری های مزمن در جانبازان اعصاب و روان می تواند راهگشای برنامه ریزی سلامت در این گروه باشد. هدف: از این مطالعه بررسی شیوع بیماری مزمن در جانبازان اعصاب و روان کشور و ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی با آن می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی در ۹۷۰ جانباز اعصاب و روان کشور که در سال ۱۳۸۸ در طرح پایش سلامت جانبازان شرکت کردند، انجام شده است. نحوه تکمیل ابزار به صورت مراجعه پزشک به منزل جانباز و انجام معاینه و مصاحبه بالینی بود.

یافته ها: یافته ها نشان می دهد ۴۶.۷ درصد از جانبازان اعصاب و روان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند. در بین بیماری های مزمن، بیماری های تنفسی با ۱۸.۲ درصد و قلبی عروقی با ۱۴.۷ درصد شایع ترین بیماری و پس از آن بیماری های سیستم ادراری و دیابت با ۸.۹ و ۷.۵ درصد در درجات سوم و چهارم شیوع هستند.

بحث و نتیجه گیری: شیوع بیماری های قلبی عروقی، تنفسی، ادراری و دیابت در جانبازان اعصاب و روان بالاتر از میانگین جامعه است. اثر کنترل سیستم عصبی بر سایر اندام ها می تواند توجیه گر این یافته باشد.

کلید واژه: همه گیر شناسی، جانبازان اعصاب و روان، بیماری مزمن.

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۴/۳

## مقدمه

یک بیماری طولانی مدت یا بیماری ناتوان کننده‌ای که در یک دوره زمان طولانی ادامه پیدا کند بیماری مزمن نامیده می‌شود. شرط مزمن بودن بیماری تداوم بیش از سه ماه در سال و یا ضرورت بستری شدن به مدت یک ماه در سال می‌باشد. افسردگی رایج‌ترین عارضهٔ بیماری مزمن است و در حدود یک سوم از مبتلایان به بیماری‌های جسمانی وخیم نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند (۱). بیماری مزمن می‌تواند به نقص کنش‌وری و وابستگی به افراد دیگر منجر شود که این دو عامل منجر به افسردگی می‌شوند (۲).

نشانه‌های بیماری مزمن درد و ناتوانی است. درد مزمن دردی است که بیش از سه ماه ادامه داشته باشد و معمولاً همراه و گاهی معادل بیماری مزمن در نظر گرفته می‌شود. درد مزمن بر رفاه، سبک زندگی، زندگی مستقل و روابط اجتماعی تاثیرگذار است (۳ و ۴). علاوه بر این اختلالات خلقی و اضطرابی در بیماران با درد مزمن بیشتر است. چراکه گروهی از محققین درد را جزء درونی افسردگی می‌دانند که به صورت علائم بدنی نیز نمایان می‌شوند (۵ و ۶).

مطالعات متعددی بین فشار روانی، وضعیت سلامت و محدودیت‌های بیماری به دلیل درد با میزان درد گزارش شده توسط بیمار ارتباط معنی‌داری نشان داده‌اند (۷). بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به درد مزمن مشکلات روان‌شناختی متعدد از جمله افسردگی، اضطراب، درماندگی و رفتار جستجوی دارو دارند. شایع‌ترین این اختلالات افسردگی است که در نیمی از این بیماران گزارش شده است (۸). علاوه بر این سایر اختلالات روانپزشکی مانند اختلالات شخصیتی، وابستگی به مواد مخدر، بی‌ثباتی در روابط خانوادگی، ناسازگاری شغلی و دعوای قانونی در بیماران با درد مزمن گزارش شده است (۹).

مطالعات متعدد نشان داده‌است که علائم افسردگی با سلامت ضعیف و محدودیت‌های فیزیکی و روانی که زندگی روزانه را متاثر می‌سازد در ارتباط است (۱۰ و ۱۱). بیماری‌های مزمن اثراتی بر سلامت روان دارد و موجب بروز افسردگی می‌گردد (۱۲ و ۱۳).

مطالعه شیوع بیماری‌های مزمن در جانبازان اعصاب و روان نه تنها می‌تواند رویکردهای درمانی برای این گروه را تعریف نماید، بلکه چشم‌اندازی از روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی این گروه به دست می‌دهد. در مطالعه حاضر شیوع بیماری‌های مزمن در یک گروه از جانبازان مبتلا به

بیماری روانپزشکی مورد بررسی قرار گرفته‌است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع بیماری‌های مزمن در جانبازان اعصاب و روان و ارتباط بین عوامل جمعیت‌شناختی و بیماری می‌باشد.

## مواد و روش‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه جانبازان اعصاب و روان کشور می‌باشد. این مطالعه مقطعی در ۹۷۰ جانباز اعصاب و روان کشور که در سال ۱۳۸۸ در طرح پایش سلامت جانبازان شرکت کردند، انجام شده‌است. نحوه تکمیل ابزار به صورت مراجعه پزشک به منزل جانباز و انجام معاینه و مصاحبهٔ بالینی بود.

روش آماری مورد استفاده در مطالعه حاضر آمار توصیفی برای بررسی شاخص‌های پراکندگی مرکزی و آزمون رگرسیون گام به گام برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و شیوع درد مزمن است.

## یافته‌ها

جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی جانبازان شرکت‌کننده در طرح را نشان می‌دهد. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد ۹۷.۷ درصد جانبازان مرد و ۹۴.۳ درصد آنان متأهل می‌باشند. تحصیلات در ۵۸.۲ درصد ابتدایی و ۲۱.۲ درصد راهنمایی بود. ۶۴.۸ درصد از جانبازان اعصاب و روان شرکت‌کننده بازنشسته می‌باشند. یافته‌ها نشان می‌دهد ۴۶.۷ درصد از جانبازان اعصاب و روان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند. جدول شماره ۲ شیوع بیماری‌های مزمن را در جانبازان اعصاب و روان کشور نشان می‌دهد. در بین بیماری‌های مزمن، بیماری‌های تنفسی با ۱۸.۲ درصد و قلبی عروقی با ۱۴.۷ درصد شیوع شایع‌ترین بیماری و پس از آن بیماری‌های سیستم ادراری و دیابت با ۸.۹ و ۷.۵ درصد در درجات سوم و چهارم شیوع بودند.

برای بررسی ارتباط بین عوامل جمعیت‌شناختی و شیوع بیماری‌های مزمن از آزمون رگرسیون گام به گام<sup>۱</sup> استفاده شد. جدول ۳ میزان آمارهٔ بتا و سطح معنی‌داری را نشان می‌دهد.

<sup>۱</sup> Stepwise Regression

همان گونه که جدول نشان داده است، بیماری های قلبی عروقی ارتباط معنی داری با گروه سنی و جنسیت دارند. بین سگته مغزی و گروه سنی نیز ارتباط معنی دار است. بین سایر بیماری ها و عوامل جمعیت شناختی از قبیل گروه سنی، جنسیت، تاهل، تحصیلات و اشتغال ارتباط معنی دار نبود.

جدول شماره ۲: شیوع بیماری های مزمن را در جانبازان اعصاب و روان

بیماری مزمن	فراوانی	درصد
قلبی عروقی	۱۴۳	۱۴.۷
عضلانی استخوانی	۳۸	۳.۹
تنفسی	۱۷۷	۱۸.۲
ادراری	۸۶	۸.۹
دیابت	۷۳	۷.۵
سگته مغزی	۱۰	۱

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد شایع ترین بیماری مزمن جانبازان بیماری های قلبی عروقی است. این موضوع با یافته های مطالعات در افراد عادی همخوان است. در مطالعه حاضر ارتباطی بین گروه سنی و شیوع بیماری های قلبی عروقی نشان داده نشد. ولی کن مطالعات بین سن و بیماری های قلبی عروقی ارتباط معنی دار گزارش نموده اند و شیوع بیماری های قلبی عروقی را در سالمندان بیشتر گزارش نموده اند (۱۵ و ۱۶). در یک مطالعه داخلی شیوع بیماری های قلبی عروقی در سالمندان ۴۱.۷ درصد نشان داده شده است (۱۷).

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی جانبازان شرکت کننده

مشخصات جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
گروه سنی		
زیر ۴۰ سال	۱۴۸	۱۵.۲
۴۱-۵۰ سال	۵۷۳	۵۹
۵۱-۶۰ سال	۱۱۷	۱۲
۶۱ سال و بالاتر	۴۴	۴.۵
جنس		
مرد	۹۵۸	۹۸.۷
زن	۱۳	۱.۳
وضعیت تاهل		
متاهل	۹۱۶	۹۴.۳
مجرد	۲۳	۲.۴
طلاق داده	۹	۰.۹
فوت همسر	۱	۰.۱
بدون پاسخ	۲۲	۲.۳
سطح تحصیلات		
بی سواد	۶۱	۶.۳
ابتدایی	۵۶۵	۵۸.۲
راهنمایی	۲۰۶	۲۱.۲
دبیرستان	۹۷	۱۰
دانشگاهی	۱۰	۱
بدون پاسخ	۳۲	۳.۲
وضعیت اشتغال		
شاغل	۱۳۸	۱۴.۲
بیکار	۱۷۱	۱۷.۶
خانه دار	۴	۰.۴
بازنشسته	۶۲۹	۶۴.۸
بدون پاسخ	۲۸	۲.۹

جدول شماره ۳: ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی و بیماری مزمن در جانبازان اعصاب و روان

بیماری مزمن	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سگته مغزی	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱
دیابت	۷۳	۷.۵	۷۳	۷.۵	۷۳	۷.۵	۷۳	۷.۵
ادراری	۸۶	۸.۹	۸۶	۸.۹	۸۶	۸.۹	۸۶	۸.۹
تنفسی	۱۷۷	۱۸.۲	۱۷۷	۱۸.۲	۱۷۷	۱۸.۲	۱۷۷	۱۸.۲
عضلانی استخوانی	۳۸	۳.۹	۳۸	۳.۹	۳۸	۳.۹	۳۸	۳.۹
قلبی عروقی	۱۴۳	۱۴.۷	۱۴۳	۱۴.۷	۱۴۳	۱۴.۷	۱۴۳	۱۴.۷
گروه سنی								
زیر ۴۰ سال	۱۴۸	۱۵.۲	۱۴۸	۱۵.۲	۱۴۸	۱۵.۲	۱۴۸	۱۵.۲
۴۱-۵۰ سال	۵۷۳	۵۹	۵۷۳	۵۹	۵۷۳	۵۹	۵۷۳	۵۹
۵۱-۶۰ سال	۱۱۷	۱۲	۱۱۷	۱۲	۱۱۷	۱۲	۱۱۷	۱۲
۶۱ سال و بالاتر	۴۴	۴.۵	۴۴	۴.۵	۴۴	۴.۵	۴۴	۴.۵
جنسیت								
مرد	۹۵۸	۹۸.۷	۹۵۸	۹۸.۷	۹۵۸	۹۸.۷	۹۵۸	۹۸.۷
زن	۱۳	۱.۳	۱۳	۱.۳	۱۳	۱.۳	۱۳	۱.۳
وضعیت تاهل								
متاهل	۹۱۶	۹۴.۳	۹۱۶	۹۴.۳	۹۱۶	۹۴.۳	۹۱۶	۹۴.۳
مجرد	۲۳	۲.۴	۲۳	۲.۴	۲۳	۲.۴	۲۳	۲.۴
طلاق داده	۹	۰.۹	۹	۰.۹	۹	۰.۹	۹	۰.۹
فوت همسر	۱	۰.۱	۱	۰.۱	۱	۰.۱	۱	۰.۱
بدون پاسخ	۲۲	۲.۳	۲۲	۲.۳	۲۲	۲.۳	۲۲	۲.۳
سطح تحصیلات								
بی سواد	۶۱	۶.۳	۶۱	۶.۳	۶۱	۶.۳	۶۱	۶.۳
ابتدایی	۵۶۵	۵۸.۲	۵۶۵	۵۸.۲	۵۶۵	۵۸.۲	۵۶۵	۵۸.۲
راهنمایی	۲۰۶	۲۱.۲	۲۰۶	۲۱.۲	۲۰۶	۲۱.۲	۲۰۶	۲۱.۲
دبیرستان	۹۷	۱۰	۹۷	۱۰	۹۷	۱۰	۹۷	۱۰
دانشگاهی	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱
بدون پاسخ	۳۲	۳.۲	۳۲	۳.۲	۳۲	۳.۲	۳۲	۳.۲
وضعیت اشتغال								
شاغل	۱۳۸	۱۴.۲	۱۳۸	۱۴.۲	۱۳۸	۱۴.۲	۱۳۸	۱۴.۲
بیکار	۱۷۱	۱۷.۶	۱۷۱	۱۷.۶	۱۷۱	۱۷.۶	۱۷۱	۱۷.۶
خانه دار	۴	۰.۴	۴	۰.۴	۴	۰.۴	۴	۰.۴
بازنشسته	۶۲۹	۶۴.۸	۶۲۹	۶۴.۸	۶۲۹	۶۴.۸	۶۲۹	۶۴.۸
بدون پاسخ	۲۸	۲.۹	۲۸	۲.۹	۲۸	۲.۹	۲۸	۲.۹

آمیینه وجود دارد که موجب رفتار پرخاشگرانه و افسردگی می‌شود. داروهای مورد استفاده بیماران اعصاب و روان مانند لیتیوم و داروهای ضدروان‌پریشی نیز اثرات مختل کننده‌ای بر روی آزمون تحمل گلوکز دارند و در شیوع دیابت در این بیماران نقش دارند (۲۱).

در مطالعه حاضر ارتباطی بین وضعیت تاهل و شیوع بیماری‌های مزمن نشان داده نشد. مطالعات کوین (۲۰۰۰) و گالو (۲۰۰۳) نشان داد که تاهل موجب حفاظت افراد در مقابل بیماری‌ها می‌شود (۲۳ و ۲۲). که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. در هر دو مطالعه مذکور اثر حفاظتی تاهل را برای زنان بیشتر از مردان گزارش نموده‌اند با وجود اینکه ۹۸.۷ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر مرد بودند، می‌توان این تناقض را توجیه نمود.

مطالعات نشان داده‌است که بیماری‌های مزمن در زنان از مردان بیشتر است. در این مطالعه این یافته تائید نشد (۲۴). شاید کم بودن تعداد زنان مطالعه را بتوان دلیل این مطلب دانست.

لوتیک و همکاران نشان دادند که عوامل اجتماعی اقتصادی بر کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی تاثیرگذار است (۲۵). در این مطالعه وضعیت تحصیلی و شغلی به عنوان عامل اجتماعی اقتصادی در نظر گرفته شده‌بود. در مطالعه حاضر هیچ یک از این دو عامل با بیماری قلبی عروقی و سایر بیماری‌ها ارتباط معنی‌داری نشان ندادند. شاید بتوان دلیل این عدم ارتباط را بیماری اولیه گروه مورد بررسی یعنی مشکلات اعصاب و روان دانست. به عبارت دیگر بیماری اعصاب و روان جانبازان آنقدر بار آسبایی بر سلامت این گروه اعمال می‌کند که سایر عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با بیماری مزمن در افراد سالم به حاشیه رانده می‌شوند.

توجهی که برای این یافته مطرح است میانسال بودن بیشتر نمونه‌های مطالعه حاضر می‌باشد به نحوی که فقط ۴.۵ درصد از نمونه‌ها را سالمندان تشکیل می‌دادند. با توجه به این‌که بروز بیماری‌های قلبی عروقی در سن سالمندی رشد می‌یابد، عدم همبستگی بین سن و بیماری‌های قلبی عروقی را می‌توان در این مطالعه ناشی از وجود گروه‌های سنی ایمن از نظر سلامت قلبی عروقی دانست.

بیماری‌های سیستم ادراری با ۸.۹ درصد در درجه سوم شیوع بودند. در مطالعه کبیری و باستان این اختلال ۴.۱ درصد نشان داده شده‌است (۱۸). در این مطالعه شایع‌ترین علت اختلالات ادراری مردان اختلال عصبی ذکر شده‌است. مطالعه حاضر می‌تواند با شیوع بالای این اختلال در جانبازان اعصاب و روان این موضوع را تائید نماید. نامبرده این اختلال را در افراد متاهل و سالمند بیشتر نشان می‌دهد که در مطالعه حاضر ارتباطی در این خصوص نشان داده نشده‌است. البته تعداد کم سالمندان مطالعه حاضر می‌تواند توجیه‌گر این تناقض باشد.

دیابت با ۷.۵ درصد چهارمین بیماری مزمن شایع این گروه بود. میزان شیوع دیابت در جمعیت عادی ۱.۳ درصد نشان داده شده‌است (۱۹). فیروزآبادی و مومن دیابت را در بیماران با اختلال دو قطبی ۴.۲ درصد نشان داده‌اند که بالاتر از جمعیت عادی می‌باشد (۲۰) و با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوان است. یکی از تبیین‌هایی که می‌توان برای این شیوع بالا ذکر نمود منشاء مشترک این بیماری‌ها می‌باشد به نحوی که در هر دو بیماری محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال را درگیر می‌کنند. علاوه بر این هسته سوپراکیاسماتیک در هیپوتالاموس می‌تواند اختلال چرخه خواب و بیداری در طول دوره مانیا و اختلال سوخت و ساز گلوکز را تبیین نماید. از طرفی دیگر در بیماران دیابتی کاهش نسبت تریپتوفان به اسیدهای

## منابع

1. Bender, B. G. Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2006; 173: 953-957.
2. Westerhof, G. J., Katzko, M. W., Dittman-Kohli, F., & Hayslip, B. Life contexts and health-related selves in old age: Perspectives from

- the United States, India, and Congo/Zaire. *Journal of Aging Studies*, 2001; 15: 105-126.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 2006; 10:287-333.
4. Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, Smith WC, Chambers WA. The course of chronic pain in

- the community: Results of a 4-year follow-up study. *Pain*, 2002; 99:299-307.
5. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden JM, Ranga Rama Krishnan K, and Nemeroff CB: Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 2005; 58:175-189.
  6. Lepine J-P, Briley M: The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol*, 2004; 19:S3-S7.
  7. Andersson HI, Ejlertsson G, and Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993; 9(3):174-182.
  8. Magni, G.; Marchetti, M.; Moreschi, C.; Merskey, H. & Rigatti-Luchini, S. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depression symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I: Epidemiological follow-up study. *Pain*, 1993; 53: 163-168.
  9. Daniel MS, Long C, Hutcherson WL, Hunter S. Psychological factors and outcome of electrode implantation for chronic pain. *Neurosurgery*. 1985; 17(5):773-777.
  10. [3] Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320:164-6.
  11. Wells K, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of Los Angeles general population. *Am J Psychiatry* 1988; 145:712-7.
  12. Beekman AT, Kriegsman DM, Deeg DJ, vanTilburg W. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30:32-8.
  13. Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, vanTilburg W. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight wave prospective community-based research. *Psychol Med* 2000; 30:369-80.
  14. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Koskinen S, Harkanen T, Lonnqvist J. (2007) The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007; 60: 1288-1297.
  15. Statistics Sweden. Statistical yearbook of Sweden 2005 [Swe: Statistisk årsbok för Sverige 2005]. Stockholm: Statistics Sweden; 2004.
  16. Baas LS, Fontana JA, and Bhat G. Relationships between self-care resources and the quality of life of persons with heart failure: comparison of treatment groups. *Prog Cardiovasc Nurs* 1997; 12:25-38.
  17. Joghatayi MT, Nejati V. Evaluation of health status of elderly in kashan. *Salmand (Elderly)* 2007; 1(1):3-9.
  18. Kabiri M, Bastan SM. Urodynamic evaluation of inferior male urinary system. *Pajuheshe olume pezeshti (Research in medical science)* 2002; 8(3):82-84.
  19. Kadivar MR, Hemmati AR, Mirahmadzadeh AR. Evaluation of blood pressure and diabetes in urban and rural population. Final Report 2000
  20. Firuzabadi A, Momen T. Evaluation of epidemiology of diabetic disorder in bipolar disease. *Andishe va raftar (thought and behaviour)*, 2000; 8(29):57-60
  21. Hillakevil, A. Effect of tryptophan on depression and aggression in mice. *Diabetes*, 1991; 40: 1598-1602.
  22. Gallo LC, Troxel WM, Kuller LH, Sutton-Tyrrell K, Edmundowicz D, Matthews KA. Marital status, marital quality, and atherosclerotic burden in postmenopausal women. *Psychosom Med*, 2003; 65:952-62.
  23. Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measures. *Journal of the American Medical Association*, 1994; 272: 619-626.
  24. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, 2001; 89: 127-134
  25. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, Veldhuisen DJV. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 2006; 33(1):1-8